

告示番号		33		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2																					
病名		11 抗糸球体基底膜腎炎（グッドパスチャー（Goodpasture）症候群）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規																					
受給者番号				受診日		年		月						日																			
ふりがな						(変更があった場合)																											
氏名						ふりがな																											
(Alphabet)						(Alphabet)																											
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男		女		性別未決定											
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()		都道府県		()		市区町村											
現在の身長・体重		身長 (測定日)		年		月		日		cm (SD)		体重 (測定日)		年		月		日		kg (SD)		BMI											
																				肥満度													
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日																			
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()																															
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)																		療育手帳		なし ・ あり									
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)						なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)																									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能												運動制限の必要性				なし ・ あり															
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当						する ・ しない ・ 不明						小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当								する ・ しない ・ 不明											
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																																	
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																															
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]																															
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり]												浮腫：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]												蛋白尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり]												血痰・咯血：[なし ・ あり]										肺胞出血：[なし ・ あり]									
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状 (その他)：()																															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																																	
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																															
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]																															
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり]												浮腫：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]												蛋白尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり]												血痰・咯血：[なし ・ あり]										肺胞出血：[なし ・ あり]									
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状 (その他)：()																															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																																	
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：() 個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施																															
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清シタチンC：()mg/L・未実施 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：()IU/mL・未実施																															
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																															
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																															
		画像検査 (胸部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 所見：()																															
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																															
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()																															

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 **33** 慢性腎疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 2/2

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]	赤血球数：() 個／視野	蛋白尿：[なし ・ あり]
	尿中蛋白量：() mg/dL	尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()	尿中 β_2 ミクログロブリン：() $\mu\text{g/L}$ ・未実施

血液検査	血清総蛋白：()g/dL	血清アルブミン：()g/dL	BUN：()mg/dL
	血清クレアチニン：()mg/dL	血清シスタチンC：()mg/L・未実施	総コレステロール：()mg/dL
	C3：()mg/dL	抗核抗体：()倍・未実施	抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施
	MPO-ANCA：()IU/mL・未実施	PR3-ANCA：()IU/mL・未実施	抗基底膜抗体：()IU/mL・未実施

画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施] 所見： <input type="text"/>
	CTまたはMRI検査：[<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施] 所見： <input type="text"/>
	画像検査（胸部）：[<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施] 検査名： <input type="text"/> 所見： <input type="text"/>

病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
------	---

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): (
------------	---------------

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
-----	---------------------------

経過（申請時） ※直近の状況を記載

臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいいえ ・ はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]
------	--

薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]	生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり]
------	---	--	---

血液淨化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月)
	血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月)
	血漿交換療法 : [未実施 ・ 実施]

移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 先行の腎移植：[なし ・ あり] 生体腎移植：[なし ・ あり]
----	---

治療	治療（その他）：（ ）
----	----------------

今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）							
	治療見込み期間（入院）開始日：（ 年 月 日 ）終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来）開始日：（ 年 月 日 ）終了日：（ 年 月 日 ）通院頻度 （ ）回／月							
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E] 成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]							

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()